

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 84

Contribution à l'Etude de l'Epithélioma primitif du Vagin A propos d'une observation

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 20 Juillet 1937

PAR

BOUSQUET Elisée

Né à Néffiès (Hérault), le 27 Octobre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	RICHE, professeur, <i>Président</i> LAMARQUE, professeur COLL DE CARRERA, agrégé ROUX, agrégé	}	Accesseurs
---------------------------	---	--	---	------------

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARCOU & GHIBAUDO

4, Rue Alexandre-Cabanel — Téléphone 51-10

1937

Contribution à l'Etude
de l'Epithélioma primitif du Vagin
A propos d'une observation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'Etude
de l'Epithélioma primitif du Vagin
A propos d'une observation

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 20 Juillet 1937

PAR

BOUSQUET Elisée

Né à Nèffiès (Hérault), le 27 Octobre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

RICHE, professeur, *Président*
LAMARQUE, professeur
COLL DE CARRERA, agrégé
ROUX, agrégé

Accesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARCOU & GHIBAUDO

4, Rue Alexandre-Cabanel

— Téléphone 51-10

1937

Personnel de la Faculté

PROFESSEURS

Anatomie	.....
Histologie	.....
Physiologie	.....
Chimie biologique et médicale	.....
Physique médicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Microbiologie	.....
Pathologie et thérapeutique générales	.....
Thérapeutique et matière médicale	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Hygiène	.....
Médecine légale et médecine sociale	.....
Pathologie médicale et clinique propédeutique	.....
Clinique médicale	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique obstétricale	.....
Clinique des maladies mentales et nerveuses	.....
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	.....
Clinique de dermatosyphiligraphie	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique des maladies des voies urinaires	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	.....
Matière médicale (Ch. de c.)	.....
Radiologie (Ch. de c.)	.....
Anatomie (Chargé de cours)	.....
Histologie (Chargé de cours)	.....

MM. J. DELMAS
TURCHINI
HEDON
CRISTOL
PECH
GRYNFELTT
LISBONNE
BOSC
BOUDET
PUECH
CARRIEU
N...
GIRAUD
VIRES, assesseur
RIMBAUD
MASSABAU
RICHE
P. DELMAS
EUZIERE, doyen
LEENHARDT
MARGAROT
ETIENNE
JEANBRAU
LAPEYRE
VILLARD
TERRACOL
CABANNES
LAMARQUE
LAUX
GRANEL

HONORIAIT

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Pathologie expérimentale	.....
Pathologie externe	.....
Médecine opératoire	.....
Accouchements	.....
Clinique phthisiologique	.....
Clinique propédeutique médicale	.....
Clinique des maladies contagieuses	.....
Stomatologie	.....

MM. PAGES
AIMES
SOUBEIRAN, ag. libre
COLL DE CARRERA
N...
BAUMEL
JANBON
D ^r WATON

AGREGES EN EXERCICE

Chirurgie	.....
Médecine	.....
Obstétrique	.....
Bactériologie	.....
Ophtalmologie	.....

MM. AIMES
MOURGUE-MOLINES
GUIBAL
ROUX
MM. PAGES
JANBON
BAUMEL
VIDAL
RIMBAUD
COLL DE CARRERA
CARRERA
DÉJEAN

EXAMINATEURS DE LA THESE

RICHE, professeur, *président*
LAMARQUE, professeur

COLL DE CARRERA, agrégé
ROUX, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MERE, A MON PERE

*Qu'ils trouvent ici un faible témoi-
gnage de ma reconnaissance et de
ma profonde affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL DE BAYONNE

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

M. LE PROFESSEUR AGREGE
COLL DE CARRERA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

INTRODUCTION

Eventualité rare dans la pratique gynécologique, le cancer vaginal primitif se rencontre pourtant et reste, malgré tout, un sujet d'études fort intéressant. Grave dans son pronostic, il a suscité de tous temps, de la part des auteurs qui l'ont étudié et observé, des tentatives thérapeutiques variées. Avant l'époque chirurgicale ou même à ses débuts, avant que les règles strictes de l'asepsie aient permis d'audacieuses interventions, il était considéré comme une affection que son extension et sa sévérité mettaient au-dessus des ressources de la thérapeutique. Encore actuellement, l'exposé de l'intéressante observation que M. le Professeur Riche a bien voulu nous confier comme base de ce travail nous montrera que les ressources de l'art peuvent demeurer encore impuissantes à enrayer sa fatale évolution; et ceci, d'autant plus, que les signes peuvent en être discrets et l'évolution insidieuse.

Néanmoins, après la période uniquement chirurgicale dont nous verrons les efforts, le perfectionnement des méthodes physiothérapiques a pu, dans ces dernières

années, modifier un peu le pronostic de cette affection redoutable. Nous nous proposons, à propos de ce cas, d'étudier leurs modalités, et les espoirs qu'on peut fonder sur elles.

Mais, comme il n'est de bonne médecine et aussi de bonne chirurgie que celle qui sait prendre le mal quand il est encore curable, il nous a semblé utile, après avoir exposé l'observation de notre malade, d'analyser les signes, les causes prédisposantes, les formes anatomiques, l'évolution de l'épithélioma vaginal primitif. En comparaison avec les signes classiques et les caractéristiques habituelles, nous verrons quelles divergences notre observation permettait de relever, quelles difficultés par là-même rencontrait le diagnostic, quelles suppositions autorisait la discussion étiologique.

Et sans prétendre, dans ce modeste travail, faire œuvre originale ou même absolument complète, nous nous efforcerons de tirer, de ce cas exceptionnel de la pratique médicale, la conclusion utile au médecin, dans la conduite de l'examen des malades de tous les jours.

Chapitre Premier

HISTORIQUE

Le cancer primitif du vagin resta inconnu jusqu'au début du siècle dernier. En 1827, Cruveilhier, le premier, signala son existence, en publia un premier cas, et en fit déjà une fort intéressante description. Longtemps après lui, la littérature resta encore muette sur ce chapitre, et il fallut attendre les importantes études de West (1870), de Roudot (1875), mais surtout de Küstner (1876), pour posséder sur son compte, des travaux importants, avec statistiques. Plus tard, parurent les thèses de Bernard (1895), de Bonnafous (1902), de Trapenard (1907). On doit à Schmidlechner, une monographie fort documentée qui, encore à l'heure actuelle, fait autorité sur la question, au moins en ce qui concerne le tableau clinique. Dans son traité de gynécologie antérieur à ce travail, Pozzi ne lui consacre que quelques lignes et signale déjà les tentatives chirurgicales, celles d'Eiselberg, par exemple. Citons, comme travail d'ensemble, plus récent, la thèse de Chaudesaigues, soutenue à Montpellier en 1920, mais limitée aux formes basses, un article de Tourneux, paru la même année. Depuis ce

moment-là, les travaux ont consisté en des exposés de cas particuliers, le plus souvent exposant des méthodes opératoires, ou surtout des essais physiothérapiques. Citons parmi ceux-ci : Chéron et Rubens-Duval, Garbiem, Held, Heymann, Bumm, et Giesecke et Stéphan Simon. Ces séries de publications expriment les diverses tendances qui se succèdent dans la thérapeutique de cette affection, et qui oscillent d'un côté vers l'autre, sans trouver encore la solution qui permettra d'enrayer la marche de ce mal s'il n'est pas pris très près de son début.

Chapitre II

ETIOLOGIE

Parmi les cancers à localisation génitale chez la femme, le cancer du vagin tient une place bien modeste au point de vue de la fréquence. Bien souvent, il est étudié à titre accessoire dans des travaux qui envisagent surtout les cancers du col de l'utérus, et quelques lignes à peine lui sont consacrées. Il en est ainsi, par exemple, dans la publication de Philipp et Gormick, à propos du traitement du cancer de l'utérus et du vagin à la Clinique gynécologique de Berlin, de même que dans les recherches de Chéron et Rubens-Duval, en France. Cette place secondaire tient évidemment à sa rareté par rapport aux néoplasmes utérins qui sont traités par les mêmes auteurs et dans les mêmes centres médicaux. La statistique déjà ancienne de Walshe n'en relève que 14 cas sur 3.076 cancers des organes génitaux de la femme; Schwarze relève 84 cas sur 35.807 femmes soignées à la Clinique gynécologique de Berlin à son époque. Mattmuller, sur 620 carcinomes génitaux, enregistre 17 cancers primitifs du vagin. On le voit, ces statistiques donnent une idée du caractère assez excep-

tionnel de l'affection. Celles plus récentes dont nous avons pu retrouver les traces, concordent à peu près dans le même sens, bien que les chiffres présentent, suivant les auteurs, des différences assez importantes. En 1928, Garbiem, publiant les statistiques du Centre chirurgical de Lwow, relève 6 cas sur 8.683 malades observées à la clinique. Mary Moench, à la clinique Mayo, en trouve 1 % ; Ruben, de Budapest, 2 % ; Stockel, de Berlin, 1,5 %. Weibel, en possède une série beaucoup plus importante: 36 sur 622 examens gynécologiques. Il s'agit là, d'une fréquence marquée. Mais, ce chiffre dépassant 5 %, est de beaucoup le plus élevé que nous ayons pu noter. A la Clinique gynécologique de Genève, Held, enregistre, du 1^{er} janvier 1925 au 31 décembre 1934, 10 cancers primitifs du vagin sur 338 cancers génitaux féminins.

Comme la plupart des épithéliomas, celui-ci voit sa fréquence la plus grande, du moment où la femme termine sa vie génitale et dans les premières années du temps de la ménopause, presque toujours entre 30 et 60 ans, ainsi que l'a mis en évidence Labhardt. Mais son éventualité n'est pas impossible à un âge plus jeune. Pour Pozzi, « le cancer du vagin se rencontre assez fréquemment dans le jeune âge ». Et ce même auteur rapporte les cas classiques de Guersant, chez une fillette de 3 ans et demi et de Johannowsky, chez une enfant de 9 ans. Néanmoins, les chiffres de Küstner font autorité en la matière, puisqu'il table sur 24 cas; la plupart de ces malades étaient des femmes de 30 à 40 ans, deux entre 15 et 20 ans, deux entre 20 et 30 ans. Et les auteurs modernes ne sont pas venus donner un démenti à cette appréciation: l'épithélioma primitif du

vagin se rencontre aux environs de l'âge critique. Il n'en est évidemment pas de même pour le sarcome, qui, on le sait, dans cette localisation comme dans les autres, affecte tout particulièrement le jeune âge où il évolue avec une très grande rapidité.

Les causes prédisposantes de cette affection sont les seules que l'on puisse étudier, dans l'ignorance où l'on se trouve des causes efficientes du cancer en général.

« La grossesse et les accouchements paraissent avoir une influence bien peu considérable ». Telle est l'opinion de Forgue et de Massabuau; elle représente, croyons-nous, l'avis communément partagé. La multiparité ou la nulliparité, la notion antérieure d'avortements répétés ou leur défaut, ne paraissent pas influencer sur l'apparition plus ou moins fréquente de l'épithélioma vaginal. Il faut cependant faire une petite réserve en ce qui concerne les fauses couches, car, pouvant être l'indice ou la manifestation d'une spécificité méconnue, elles pourraient, de ce fait, traduire la prédisposition que l'on connaît, d'après l'adage classique: « La syphilis fait le lit du cancer ».

Mais, si la notion de grossesses antécédentes ne prédispose en aucune manière au cancer du vagin, il faut reconnaître l'influence néfaste d'une affection sur l'autre. Ce n'est pas ici le lieu de trop nous étendre sur ce point. Mais on sait, ici comme dans le cancer du col, qu'une grossesse commençante semble susceptible de donner un coup de fouet à des lésions qui, jusqu'alors, avaient évolué d'une façon torpide. L'influence contraire du cancer du vagin sur la grossesse, nous aurons à la signaler lors de complications que nous envisagerons plus loin.

Les irritations chroniques de la muqueuse paraissent avoir une action prédisposante bien plus considérable. Le rôle du *prolapsus* est assez discuté. « Il est remarquable, écrit Pozzi, que le cancer n'ait jamais été observé au niveau de l'utérus prolabé et exposé à toutes les causes d'infection extérieure ». Par contre, d'après Forgue et Massabuau, « le cancer vaginal est souvent en rapport avec un prolapsus ». On voit par ce seul rapprochement, que les traités classiques émettent des opinions assez divergentes.

Ils sont plus unanimes en ce qui concerne le rôle des *pessaires*. Hégar a vu un cancer se produire au niveau d'une ulcération provoquée par le trop long séjour d'un de ces appareils. Trapenard, dans sa thèse, en cite 4 cas indiscutables. Et Forgue et Massabuau citent la statistique de Schlund, comprenant 273 cas, dont 14 se rapportent à des pessaires négligés et laissés en place. Enfin, le cas d'Edelberts est demeuré classique, qui avait traité à une femme de 68 ans, porteuse d'un cancer vaginal, développé sur une ulcération provoquée par un pessaire demeuré inchangé pendant douze ans.

La leucoplasie vaginale doit être encore signalée comme facteur prédisposant. Agissant ici, comme elle agit au niveau, par exemple, de la muqueuse labiale, la leucoplasie se développe à la suite d'irritations chroniques, et sans doute aussi d'influences humorales, telles que la syphilis, et elle constitue le point de départ facile d'une dégénérescence épithéliale. Ceci est bien connu, dans la leucoplasie en général, et actuellement, tout à fait classique. Cette application particulière d'une loi générale a fait l'objet de travaux de la part de Pichevin, qui a étudié tout particulièrement la transformation

«cancéreuse de la leucoplasie vaginale, démontrant que celle-ci constitue la lésion précancéreuse par excellence. Les véritables causes prédisposantes devraient donc être recherchées parmi celles qui sont de nature à produire la *leucokératose*: la *métrite chronique* et la vaginite consécutive, et plus spécialement la vaginite gonococcique nous sembleraient, alors, devoir être incriminées. Et ce serait une raison de plus pour ne pas négliger les affections, qui, passées à la chronicité, peuvent devenir la source de misères bien plus graves.

Enfin, les cicatrices opératoires, siégeant sur le vagin, doivent être considérées comme un facteur étiologique certain de l'épithélioma. Il est à peine besoin de rappeler ici la controverse fameuse qui opposa, voici quelques années, notre Maître montpelliérain, le Professeur Forgue au Professeur J.-L. Faure, à propos de l'hystérectomie. Pour Forgue, le chirurgien enlevant un utérus pour fibrome, devait autant que possible, réaliser une « totale », supprimant le col encore sain, mais susceptible de dégénérer dans un avenir plus ou moins éloigné. Réalisée suivant une technique minutieuse, qu'il avait réglée dans ses moindres détails, cette opération devait, selon lui, apporter une sécurité supplémentaire fort appréciable. Pour J.-L. Faure, au contraire, sauf indication évidente, la « subtotale » restait l'opération de choix, surtout à cause de sa bénignité plus grande. Mais, intervenait aussi la notion de la rareté relative de l'épithélioma du col restant, d'une part, et d'autre part, la possibilité qui nous intéresse dans cette étude, d'une *dégénérescence cancéreuse, partie de la cicatrice vaginale*. Cette éventualité, quoique rare, est pleine d'intérêt, si l'on considère que le cancer

du vagin est bien moins curable, dans l'état actuel des choses, que l'épithélioma du col. Et, récemment, en 1929, Hartmann, Fabre et Dubois-Roquebert, insistaient sur ce point en rappelant 36 cas d'épithéliomas sur-cicatriciels, observés à l'Hôtel-Dieu.

Cette notion étiologique trouve son application, au moins comme hypothèse à envisager dans l'observation que nous rapportons; nous la soulignerons au passage, mais il était utile de la signaler dès à présent.

Chapitre III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans ce chapitre, plusieurs points de vue sont à envisager tour à tour, importants chacun, nous le verrons, sous l'angle thérapeutique. Les notions de siège de la prolifération ne seront pas indifférentes, quand on attaquera chirurgicalement les lésions; la formule histologique aura son importance quand on tentera d'obtenir la guérison par des moyens physiothérapiques; l'envahissement ganglionnaire enfin, sera capital à connaître, quel que soit le mode de traitement mis en œuvre. Il n'est pas jusqu'aux complications que l'étude anatomique ne nous fasse prévoir, et l'observation de notre malade en sera une preuve bien tangible.

I. — SIÈGE

La localisation la plus fréquemment rencontrée se trouve au niveau de la partie toute supérieure de la paroi postérieure, dans le cul de sac postérieur. Il se développe donc dans une zone très voisine du col utérin,

si bien que le contact de celui-ci, plus ou moins infecté, semble constituer le facteur de prédisposition. Parfois encore, la dégénérescence se produit à la limite du col et du vagin, faisant presque, du cancer vaginal, une forme anatomo-clinique du cancer cervical. Ce sont ces formes auxquelles, depuis Pozzi, reste attaché le nom d'*épithélioma liminaire*.

Dans la partie haute du vagin, il peut aussi, mais plus rarement, se développer dans le cul de sac antérieur, venant très rapidement circonscrire l'urètre et provoquer des phénomènes de dysuries, voire même se propager à la vessie. C'est le type que Pozzi appelait, de ce fait, le *cancer périurétral*.

A l'opposé de ces formes hautes, nous avons les formes basses, *vulvo-vaginales*; cette localisation est plus rare, et le point de départ est difficile à préciser. Se rapprochant des néoplasies de la région anale, celles-ci auront une propagation lymphatique bien différente de celle des formes hautes, et le traitement qui sera dirigé contre elles, diffèrera aussi.

Enfin, moyen terme entre ces deux sièges opposés, nous trouvons des formes moyennes; on trouve alors, ici, l'*épithélioma annulaire*, en forme d'anneau, de virole ou de croissant, et qui est susceptible de s'étendre en même temps vers le haut et vers le bas, pour occuper, en fin d'évolution, toute l'étendue du vagin: il nous semble que cette forme soit celle qui corresponde le mieux à notre observation, dans laquelle l'organe était envahi dans sa totalité, depuis la vulve jusqu'aux culs de sac.

II. — ETUDE MACROSCOPIQUE

Il est classique d'en distinguer deux formes principales :

- la forme végétante ou papillaire,
- la forme infiltrée ou nodulaire.

La forme végétante ou papillaire débute, en général, sous l'apparence d'une excroissance à large base, d'un chou-fleur à implantation assez étendue, qui augmente assez rapidement. Certains auteurs en ont signalé des cas pédiculés assez finement, pour que l'ablation de la tumeur avec son point d'implantation ait pu être facile et assez limitée. Mais, outre que dans ce cas, la localisation était plus apparente que réelle, et que déjà, la propagation se soit certainement faite assez profondément, cette forme pédiculée pure paraît rare.

Les papilles de cette tumeur ont la forme caractéristique du néoplasme : rougeâtres ou violacées, saignant au moindre contact, friables, d'une consistance dure très particulière, facilement reconnaissable pour une main, tant soit peu exercée. Rapidement ulcérée, elle apparaît couverte de fausses membranes sanieuses, traduisant l'infection secondaire. Autour du bourgeonnement, on aperçoit des ulcérations traduisant peut-être les greffes néoplasiques secondaires par contiguïté.

La forme infiltrée. Pozzi l'appelait la forme nodulaire, car elle débute par des îlots indurés enchassés dans les tuniques vaginales, et rapidement confluent les uns vers les autres. Ils arrivent ainsi à constituer une sorte de sclérose qui envahit tout le vagin, et le

transforme en un canal rigide et étroit, dans lequel le doigt peut avoir de la peine à cheminer jusqu'au col. Les sensations recueillies par le toucher sont, ici, toutes différentes de la forme précédente: plus de traces de bourgeons indurés, mais au contraire, induration cartonnée, sténose irrégulière de tout le vagin, dont les parois ont la consistance caractéristique du néoplasme. Des ulcérations peuvent se faire ensuite, mais elles sont plus localisées que dans l'autre forme; la tendance hémorragique est moins prononcée. Mais, peut-être ici, l'infiltration autour du vagin, est-elle plus rapide, et l'apparition des complications secondaires plus précoce: nous en trouverons un exemple dans notre observation, puisqu'il s'agit, en effet, d'une forme sténosante cliniquement révélée par une complication, une fistule fessière.

III. — ETUDE HISTOLOGIQUE

Muqueuse de revêtement, la muqueuse vaginale donnera lieu à des épithéliomas pavimenteux. Ils peuvent se présenter sous l'un quelconque des deux types principaux, soit spino-cellulaire, soit baso-cellulaire. D'après les recherches effectuées par Ducuing, au Centre anticancéreux de Toulouse, et exposées dans son très beau livre sur le cancer, il apparaît que les épithéliomas baso-cellulaires seraient d'observation plus courante. Notre malade présentait, au contraire, comme nous le verrons, un épithélioma spino-cellulaire, dont Ducuing, sur 7 cas, n'a observé que 2 exemples. Sans constituer une exception, cette formule histologique, est donc tout de même un peu plus rare que le type baso-cellulaire.

Plus curieux, et tout a fait exceptionnels alors, sont les épithéliomas qui revêtent le type cylindrique. Leur observation est beaucoup plus rare: on cite les cas publiés par Pinna Pintor, en 1900, par Pollosson et Violet, en 1905, par Argaud et Piollet, en 1911. Ces derniers auteurs regardaient cette néoformation comme dérivant des glandes du vagin. Mais la discussion relative à l'existence de ces glandes, fait douter de cette origine. Peut-être, faudrait-il plutôt, comme Forgue et Massabuan, « les interpréter comme des cancers développés aux dépens de débris embryonnaires Müllériens ou Wolfiens ».

IV. — PROPAGATION

Deux modes de propagation sont à étudier, la propagation par contiguité, et l'envahissement par voie lymphatique.

A) *De la propagation par contiguité*, nous ne pouvons dire grand chose. Gagnant en surface et en profondeur, la tumeur tend à envahir de proche en proche, le tissu cellulaire qui circonserit le vagin. Plus marquée dans la forme infiltrée et sténosante, cette propagation tarde davantage dans la forme bourgeonnante, qui tend à pousser vers la lumière vaginale. Le col de l'utérus, surtout dans la localisation haute postérieure, est rapidement envahi; il est même, dans certaines formes, « liminaires », difficile de dire si c'est le col ou le cul de sac vaginal qui a donné le point de départ.

Par l'intermédiaire du tissu cellulaire, les organes voisins sont exposés à l'envahissement secondaire:

— *Le rectum*, séparé du vagin par une simple cloison celluleuse, est rapidement envahi, surtout dans les formes postérieures; notre observation en fournit un exemple typique. De là, la formation de fistules recto-vaginales, venant compliquer l'évolution par un apport infectieux d'importance.

— *La vessie et l'urètre* sont plus exposés dans les formes antérieures, dans le cancer périurétral de Pozzi. Les troubles dysuriques d'abord, les fistulisations ensuite, sont le résultat tardif de cette propagation.

— *Le tissu cellulaire éloigné*, peut ensuite être envahi, donnant lieu à des fistules souvent éloignées du lieu d'origine. Notre malade avait été soignée pour un *abcès de la fesse*, fistulisé secondairement, et ce premier signe avait capté l'attention de la malade et de son médecin, retardant ainsi notablement le diagnostic.

— *Le squelette* peut enfin être envahi: sacrum, coccyx, os iliaques peuvent être le lieu de greffes cancéreuses, comme Féodoroff et Winckel en ont cité des exemples.

B) *Par voie lymphatique*, la propagation du cancer donne lieu à des considérations intéressantes au point de vue thérapeutique, et leur connaissance a bénéficié des recherches des anatomistes modernes. La minceur de la cloison vaginale est, pour Labhardt, une cause de la rapidité de l'invasion lymphatique. Et il est classique de dire que les deux tiers supérieurs du vagin sont tributaires des ganglions hypogastriques et iliaques, tandis que le tiers inférieur est en rapport avec les ganglions inguinaux.

Rouvière et Catenula, à la suite de leurs travaux, ont une conception différente. Ils divisent les lymphatiques du vagin en deux groupes : le groupe satellite de l'artère utérine, allant aux ganglions iliaques, et celui de l'artère vaginale, allant aux ganglions hypogastriques. Ces deux groupes se chevauchent, mais le groupe vaginal correspond surtout aux parties inférieures du vagin jusqu'à l'hymen où se trouvent des anastomoses avec le réseau vulvaire tributaire des ganglions inguinaux. Schlund a mis en évidence que l'épithélioma de la partie antérieure fait plus souvent des métastases inguinales que le postérieur qui envahit plutôt les ganglions pelviens. Mais quoi qu'il en soit, et surtout quand le néoplasme a acquis une certaine étendue, il est de bonne clinique de considérer que des métastases se sont faites aussi bien dans le territoire lymphatique pelvien que dans le territoire inguinal et le traitement devra être dirigé en conséquence.

Pour notre malade, il était difficile de préciser la marche de l'envahissement lymphatique : elle avait une adénopathie inguinale, mais peu importante. Et l'infiltration du tissu cellulaire pelvien empêchait l'appréciation de l'état des ganglions du territoire supérieur.

Telles sont, rapidement exposées, les notions à connaître et maintenant classiques sur l'épithélioma primitif du vagin ; comme nous le disions en commençant, elles vont nous permettre de comprendre la symptomatologie et l'évolution qui caractérisent cette redoutable affection.

Chapitre IV

SYMPTOMATOLOGIE

EVOLUTION. COMPLICATIONS

Elle dépendra essentiellement de la période évolutive de la maladie et de la forme anatomique qu'elle aura revêtue. Différente suivant les cas, nous essaierons dans un schéma forcément inexact, d'esquisser les signes principaux, quitte ensuite à remarquer dans quelle mesure l'exemple que nous présentons peut lui être superposé.

On peut, *grosso modo*, distinguer trois phases, au cours desquelles les symptômes varieront sensiblement. Mais il reste entendu que dans la réalité, ces trois phases s'intriqueront l'une dans l'autre et perdront de leur netteté. Ces trois phases successives sont :

- La période de début, souvent latente ;
- La période d'état ;
- La période des complications ou période terminale.

I. — PÉRIODE DE DÉBUT

Elle est caractérisée le plus souvent par un silence clinique remarquable, et tire de cette particularité, son importance et sa gravité. Elle provoque, de ce fait, une action médicale trop fréquemment tardive, car la malade n'est amenée à consulter que quand les lésions se sont déjà affirmées avec une ampleur suffisante.

Ce silence clinique est plus grand dans la forme infiltrée que dans la *forme bourgeonnante*. En effet, dans cette dernière, la prolifération dans la lumière vaginale et la fragilité des néo-tissus, favorisent, comme nous l'avons signalé, la production de petites hémorragies. Celles-ci ont exactement les mêmes caractères que celles symptomatiques du cancer cervical : minimes, irrégulières, capricieuses, sans aucun rapport avec les règles, mais provoquées par des traumatismes insignifiants, tels que les rapports conjugaux et les contacts d'une canule à injections. En période d'activité génitale, ces pertes sanguinolentes, tachant le linge qu'elles empêsent, un peu noirâtres, entre les règles, doivent, si la femme s'observe convenablement, provoquer un examen gynécologique qui a toutes chances de découvrir la lésion commençante. Mais, à ce stade, et bien longtemps encore après lui, il n'existe aucune douleur et aucun retentissement sur l'état général. Et si la perte sanglante se produit chez une femme ménopausée, ou castrée chirurgicalement, l'examen s'imposera avec encore plus de rigueur.

Mais, dans la *forme nodulaire ou infiltrée*, nous avons vu qu'avant l'effraction de la muqueuse, se produisait la propagation en profondeur, et la sténose

progressive du conduit vaginal. Ici, par conséquent, pas ou très peu de chances d'hémorragies, et donc, silence clinique absolu. L'extension rapide de cette forme et son défaut de signes en expriment la gravité sans qu'il soit besoin d'y insister. Ce ne sera qu'à la période d'état, et souvent après une évolution déjà longue, que le mal pourra être démasqué.

II. — PÉRIODE D'ÉTAT

Les signes en sont même peu nombreux.

Ce sont :

— *Les écoulements vaginaux* : plus abondants dans les formes exubérantes, ils se produisent tout de même dans les formes sténosantes. Car, nous avons vu que des ulcérations muqueuses finissaient forcément par se produire. Insuffisantes quelquefois pour provoquer des hémorragies, elles peuvent réaliser une sorte de leucorrhée fétide, sanieuse, dans laquelle on peut parfois mettre en évidence des débris sphacelés, à peine striés de sang.

Il importe donc, à partir d'un certain âge, de se méfier des leucorrhées persistantes ou qui tendent à s'aggraver sans cause provocatrice bien nette. Et cette méfiance sera d'autant plus grande dans l'âge post-climatérique et chez les femmes qu'une hystérectomie avait déjà débarrassé depuis plus ou moins longtemps de cette incommodité. Il faut savoir en tous cas, que les écoulements leucorrhéiques, restent pendant longtemps le

seul signe: l'hémorragie ne doit pas être attendue pour signer le diagnostic; elle est souvent un signe de dernière heure, ainsi que le montrera notre observation.

— *Les hémorragies* constituent cependant le symptôme essentiel d'après la plupart des auteurs classiques. Elles gardent, à la période d'état, les caractères que nous décrivions quelques lignes plus haut: minimales, capricieuses, en rapport avec les microtraumatismes vaginaux. D'autres fois, mais plus rarement, elles surviennent à la faveur des menstruations dont elles viennent défigurer l'allure habituelle: celles-ci peuvent devenir des pertes sanguines abondantes, tenaces, prolongées, continuant souvent d'une période à l'autre, et laissant toujours la malade « dans le sang ». Mais, un interrogatoire serré et un examen minutieux permettent alors de mettre en évidence un écoulement sanieux et malodorant qui contribue à évoquer l'idée de l'épithélioma: ces pertes ne sont pas franchement et seulement hémorragiques.

Quant aux hémorragies de sang pur abondantes, soudaines, elles peuvent se produire, mais alors, sous la dépendance d'une ulcération vasculaire par le néoplasme. Loin d'être un signe annonciateur de la maladie, elles prennent alors la tournure de véritables complications pouvant menacer la vie de la malade.

Dans le cas que nous rapportons, les choses se sont bien passées ainsi: les écoulements vaginaux, quelquefois roses, existaient depuis quelques temps, sans que la patiente les ait remarqués spécialement; les hémorragies franches ne sont survenues qu'après une extension déjà au-dessus des ressources de la thérapeutique, de longs mois après le début des lésions.

— *Les douleurs* constituent, bien plus encore que les hémorragies, un signe infidèle et tardif. Les classiques s'accordent à reconnaître qu'elles ne sont pas constantes. Quand elles existent, elles font la preuve de l'évolution avancée du mal, car elles viennent presque toujours des envahissements secondaires. Elles peuvent se présenter soit comme des douleurs sourdes avec tiraillements, soit comme des crises de névralgies paroxystiques; des lombalgies se produisent surtout dans les formes hautes, ainsi que des irradiations dans les membres inférieurs; les formes basses, vulvo-vaginales, amènent des douleurs et des sensations de cuisson, encore accentuées par l'écoulement perpétuel, irritant pour les téguments.

Nous avons signalé l'évolution vers la vessie et vers le rectum: elle est l'apanage de la dernière période, dans la grande majorité des cas.

III. — PÉRIODE TERMINALE

Elle se caractérise par l'apparition de complications et par le déclin rapide de l'état général. Des douleurs et des troubles fonctionnels, relevant de l'envahissement des organes voisins, avec production possible de communications par fistules, sont parmi les principales. Les formes antérieures affectent plus particulièrement la vessie, donnant de la cystalgie, des douleurs à la miction, de la pollakiurie. Les formes postérieures se propagent vers le rectum et provoquent un syndrome de rectite néoplasique, épreintes violentes, ténésme, sensation de corps étranger, besoin impérieux d'aller à la selle, émission de glaires sanguinolentes. Les fistules recto-vagi-

nales sont encore susceptibles de greffer un facteur infectieux, rendant plus pénibles les écoulements déjà existants. Enfin, nous avons vu qu'il pouvait se faire des fistules vers l'extérieur, à travers le tissu cellulaire, dans lequel le néoplasme vient produire des abcès, dont l'ouverture laisse passage à une suppuration interminable, comme cela s'est produit chez notre malade.

D'autres complications que celles que nous avons observées, ont été signalées par les auteurs: nous nous bornerons à les citer. Les principales sont *l'hydronéphrose*, par compression ou envahissement des urètres, amenant, si elle est bilatérale, la suppression fonctionnelle des reins et l'urémie rapidement mortelle. *La péritonite* peut se déclarer à la suite de perforation venant ensemençer la cavité péritonéale, et amenant la mort dans le plus bref délai.

Nous avons mentionné dans l'étude étiologique, le rôle de la grossesse. Si elle ne semble pas favoriser l'apparition de l'épithélioma vaginal, il est certain que son existence vient donner un coup de fouet à la tumeur. De plus, celle-ci, par la sténose vaginale irréductible qu'elle provoque, est susceptible d'entraîner de redoutables complications au moment de l'accouchement. Si le cancer est assez avancé, celui-ci devient impossible et l'évacuation de l'utérus par voie haute reste la seule hypothèse à envisager. Mais aussi, la question de l'avortement thérapeutique peut se poser, notamment si l'état général de la femme est trop compromis, et si le cancer est observé à un stade assez avancé, alors que la grossesse est encore jeune. Ce sont là des cas d'espèce qui mériteraient de plus amples développements, dans

lesquels nous n'avons pas les loisirs d'entrer dans notre travail.

Il faut remarquer que pendant longtemps, l'état général reste satisfaisant, nouveau facteur apporté à la gravité de l'évolution, qu'une atteinte de la santé ne vient pas trahir.

L'évolution du cancer du vagin, passant par les différents stades que nous venons de décrire, ne fera pas l'objet d'un chapitre particulier qui nous obligerait à des redites. Qu'il nous suffise d'ajouter que l'évolution est en général rapide: la mort survient dans un délai variable, auquel Winckel donnait comme limites extrêmes, sept et vingt-quatre mois environ. Mais encore, faut-il préciser, que suivant les formes, on peut prévoir une évolution plus ou moins précipitée. C'est ainsi que Pichevin a montré que l'épithélioma prenant naissance sur une zone de leucoplasie vaginale, évolue habituellement de la façon la plus lente, ce qui, en somme, n'est que l'application d'une règle générale.

Mais, qu'elle survienne du fait d'une complication ou qu'elle soit l'aboutissant de la cachexie cancéreuse, la mort survient fatalement, si la thérapeutique n'est pas parvenue à juguler sa marche, ainsi qu'elle peut le faire, malgré tout quelquefois. Aussi, le *pronostic* de l'épithélioma du vagin est-il parmi les plus sombres, hormis certaines tentatives thérapeutiques, malheureusement trop rares, qui sont couronnées de succès.

Chapitre V

DIAGNOSTIC

I. — LE DIAGNOSTIC POSITIF de l'épithélioma vaginal repose sur la constatation d'un écoulement leucorrhéique plus ou moins hémorragique, et surtout sur les constatations faites au cours du *toucher vaginal*. La difficulté, comme l'illustre d'une façon éclatante notre observation, ne provient pas de l'interprétation des sensations fournies par cet examen : généralement, sauf tout au début, les impressions éprouvées par le doigt explorateur suffisent pour convaincre jusqu'à l'évidence, la consistance du néoplasme est très particulière. Si le diagnostic n'est pas porté, et souvent jusqu'à une période avancée de l'évolution, la cause en est uniquement au fait que l'on n'a pas envisagé cette possibilité, et que l'on a omis de pratiquer le *toucher vaginal*.

Aussi bien faut-il répéter ici cette recommandation, que notre Maître, le Professeur Riche, nous fait dans son enseignement quotidien : ne laisser jamais partir une femme que l'on examine *sans pratiquer systématiquement le toucher vaginal*, et s'il le faut, le *toucher rectal*. Cette règle de conduite, la même qui dicte chez

L'homme le toucher rectal systématique, ne doit pas souffrir d'exception, pour si peu que les troubles accusés par les malades ne soient pas rattachés indubitablement à une cause bien déterminée. Encore faut-il se défier des coexistences, et ne pas laisser passer une affection grave dont la malade n'accuse aucun signe, quand elle vient se faire examiner pour des phénomènes en apparence tout à fait dissemblables.

Nous verrons que c'est la méconnaissance ou l'oubli de ce précepte qui a permis à cette malade de rester de longues semaines sans traitement approprié, et seulement traitée pour un abcès de la fesse qu'on ne pouvait, sans le toucher vaginal, rapporter à sa véritable cause. Du jour où cet examen a été pratiqué, le diagnostic différentiel n'était même plus à discuter, et la question était définitivement tranchée. Nous ne saurions donc trop insister sur ce point, qui, à nos yeux, constitue *l'enseignement le plus évident de l'observation* que nous rapportons en détail quelques pages plus loin.

Le diagnostic positif doit toujours être complété par une biopsie. En cas de doute, ce qui est rare dans la pratique, elle éliminera certainement les autres hypothèses que nous envisagerons. Mais, en tous cas, le prélèvement de fragments tumoraux sera d'une utilité primordiale, car il permettra à l'histologiste de préciser la *forme cellulaire de la néoplasie*. On en tire des indications d'ordre thérapeutique qui peuvent être capitales dans le choix de la conduite à tenir.

La biopsie doit donc toujours être faite. Mais, il est bon de souligner que l'on doit prélever assez profondément, de façon à intéresser une épaisseur assez grande de tissus. Faute de quoi, l'examen peut être sujet à

l'erreur. La chose s'est produite, on le verra, chez notre malade : pour être bien réalisés, les prélèvements nécessitent une anesthésie que l'on fit rachidienne, et l'on dut se servir de ciseaux, car la pince à biopsie ne prenait que la superficie des tuniques vaginales, dépourvue de signes de dégénérescence néoplasique.

II. — LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL. — Est le plus souvent réduit dans la pratique, à sa plus simple expression. Mais il est des fois où l'on peut avoir à le discuter, quand les constatations faites ne sont pas évidentes.

Il va sans dire qu'alors, on s'entourera des autres moyens de diagnostic dont le médecin dispose, et que l'on pratiquera entre autres, l'examen au spéculum.

A) *La forme végétante*, à son début, quand la tumeur est réduite à un chou fleur localisé dans un cul de sac, peut être confondue :

— avec *un cancer du col* : cette question se pose assez souvent dans les cancers dits liminaires, et elle n'est pas toujours bien facile à résoudre. Néanmoins, les signes physiques, au premier rang desquels se trouve la petite hémorragie provoquée, le signe du « coup d'ongle » de Larroyenne, et la consistance particulière de la néoformation, ajoutés aux signes fonctionnels accusés par la malade, quelquefois, s'il le faut, après un interrogatoire minutieux, ces signes, disons-nous, l'ont certainement porter le signe d'épithélioma. Peu importe alors que ce soit un cancer du col ou un épithélioma vaginal liminaire ; le traitement à envisager reste le même ; nous aurons à l'envisager plus loin ;

— avec un *sarcome en grappe*: il se rencontre surtout chez l'enfant, plus lobulé et moins friable que l'épithélioma; il arrive à un volume plus grand que lui, avant de s'ulcérer;

— avec un *fibrome vaginal ulcéré*: ici les lobulations sont pratiquement inexistantes. Il s'agit d'une tumeur régulière, de consistance rénitente, bien limitée, souvent pédiculée. Sa base d'implantation a gardé toute sa souplesse.

B) *La forme infiltrée avec ulcération* peut prêter à confusion avec les autres ulcérations du vagin. Nous ne parlerons pas de *l'ulcère rond du vagin* des anciens auteurs, qui est rare et ne ressemble que de loin au cancer. Nous éliminerons aussi toutes les ulcérations *ne reposant pas sur une tumeur*, qu'elles soient traumatiques, gonococciques ou chancrilleuses.

Les ulcérations syphilitiques du vagin sont rares: seule une gomme ulcérée pourrait en imposer pour un cancer. Mais elle a des contours plus réguliers, des bords taillés à pic, un fond bourbillonneux. Son évolution est lente; les réactions sérologiques sont toutes positives, et si on le met en œuvre, en cas de doute, le traitement spécifique, pierre de touche, vient rapidement assurer le diagnostic, amenant une guérison complète.

Les ulcérations tuberculeuses, à base infiltrée, peuvent être matière à discussion, mais outre leur rareté, les précisions apportées par la biopsie toujours indispensables, viendront lever les doutes, complétées s'il le faut, par une inoculation au cobaye. Ajoutons que l'examen clinique et les anamnestiques font soupçonner le terrain bacillaire.

Nous citerons, pour être complet, le *chorio épithéliome du vagin*, mais il constitue une éventualité bien exceptionnelle. Duplay n'en signalait que 18 cas connus jusqu'à lui. Les notions de puerpéralité récente peuvent aiguiller le diagnostic. En tous cas, le toucher vaginal élimine rapidement le cancer du vagin, car dans le chorio-épithéliome, ce sont de petites nodosités, disséminées dans tout le vagin, et de consistance mollasse.

Il faudrait enfin signaler la possibilité de rétrécissements vaginaux au cours d'une *maladie de Nicolas et Favre*. Eventualité plus fréquente dans le rétrécissement du rectum, le vagin peut être envahi secondairement, ainsi que le tissu cellulaire pelvien transformé en un bloc fibreux. Le diagnostic repose alors sur l'existence d'adénopathies inguinales très particulières et sur le séro-diagnostic de Frei, d'invention relativement récente.

III. — DIAGNOSTIC DE PROPAGATION : c'est lui qui cause le plus souvent les hésitations que l'on n'éprouve que rarement dans le diagnostic positif et dans le diagnostic différentiel. Il repose, lui aussi, sur les données du toucher vaginal ; mais celui-ci, dans les formes prononcées, peut être douloureux et difficile ; aussi, l'anesthésie peut elle, comme dans notre cas, être nécessaire pour bien évaluer l'extension des lésions.

La propagation périvaginale, dans le tissu cellulaire, se marque par un empâtement plus ou moins important des espaces libres du pelvis. Le doigt explorateur peut sentir, soit que le vagin est encore assez souple, soit au contraire, qu'à son contact, est développée une infiltration étendue, donnant l'impression d'une véritable

coulée de ciment. Dans les formes postérieures, cette tuméfaction vient comprimer ou même envahir le rectum et se propager plus ou moins, de part et d'autre, de la ligne médiane. *Le toucher rectal* donne alors des renseignements supplémentaires et permet de se rendre compte si seule sa paroi antérieure est prise, ou si, par contre, il est infiltré dans sa totalité. On recherchera aussi du doigt les fistules possibles, après effondrement de la cloison recto-vaginale. Une *rectoscopie* peut alors apporter un utile secours pour préciser la configuration des lésions secondaires, ainsi que nous avons pu le pratiquer; nous avons dû faire également une biopsie sur la muqueuse rectale, pour voir si c'était bien la même forme histologique qui se rencontrait.

Dans les formes antérieures, s'impose l'exploration vésicale et notamment la *cystoscopie*; elle est indiquée par les phénomènes dysuriques, et surtout par l'hématurie. Si celle-ci se produit, elle est la signature de l'envahissement de la paroi vésicale.

¹ S'il en existe, on devra explorer *les trajets fistuleux* ouverts à l'extérieur, pour voir s'ils sont bien sous la dépendance du cancer vaginal. Le stylet peut, à lui seul, donner des renseignements précis. Mais plus démonstrative sera *l'imprégnation au lipiodol avec contrôle radiologique*. On saisira ainsi sur le vif la propagation et tous ses détours. On verra que chez notre malade, la prise d'un cliché fut impossible, mais l'écoulement de l'huile iodée par le vagin et le rectum à la fois, démontra à la fois la dépendance de cette fistule vis-à-vis du cancer vaginal, et l'existence d'une large communication recto-vaginale.

L'examen radiographique sans préparation doit enfin être pratiqué, comme nous n'y avons pas manqué. Il montrera, s'il en existe, les métastases sur le squelette pelvien, et permettra d'évaluer un nouveau facteur de gravité.

L'envahissement lymphatique doit être soumis à de minutieuses recherches. Nous n'y insisterons que bien peu: il suffit de se rapporter à ce que nous en disions à propos de l'anatomie pathologique. L'adénopathie inguinale sera cliniquement facile à apprécier; par contre, l'envahissement des ganglions profonds sera bien plus difficile à juger, surtout si, la sténose vaginale vient, comme dans notre cas, gêner considérablement l'examen. Mais alors, il faut les considérer comme pris, et agir en conséquence.

Les diverses explorations faites, le diagnostic sera établi d'une façon complète. Il y manque le diagnostic étiologique, mais nous avons vu que les causes paraissent souvent bien douteuses: nous verrons seulement quelles hypothèses on pourrait formuler à propos de notre observation.

Chapitre VI

EXPOSE ET CRITIQUE DE L'OBSERVATION

Mme S... Juliette, âgée de 45 ans, entre à la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Riche, le 16 janvier 1937, avec le diagnostic de fistule de la fesse droite. L'interrogatoire de la malade nous apprend que le début des troubles remonte au mois de septembre 1936: sans cause apparente, serait survenue au niveau de la fesse droite une tuméfaction, qui a rapidement atteint le volume d'une grosse orange, et qui présentait les signes de l'inflammation locale aiguë. Cette tuméfaction est incisée le 27 octobre 1936 à l'Hôpital d'une ville voisine: du pus se serait écoulé en quantité assez abondante, mais la cicatrisation ne se fit jamais complètement. La fistulisation se produisit, et depuis ce moment, la malade doit être pansée tous les jours. C'est donc pour cette fistule que la malade entre à l'Hôpital Saint-Eloi.

L'interrogatoire nous apprend encore l'existence de pertes vaginales, rougeâtres et glaireuses, non malodores, auxquelles la malade, préoccupée par la fistule fessière, ne porte guère attention: elles auraient commencé un mois seulement avant l'incision de l'abcès.

Pas de troubles urinaires, mais selles diarrhéiques fréquentes.

Dans les antécédents de la malade, on relève une opération chirurgicale qu'elle aurait subie à l'âge de 21 ans, et qui aurait consisté en une hystérectomie, accompagnée d'appendicectomie. L'ancienneté de la chose n'a pas permis au chirurgien de préciser si l'hystérectomie avait été totale ou subtotale. Mais elle paraît avoir été motivée par une salpingite. Notons aussi des traitements par « des piqûres au bras », mais qui semblent avoir été suivies d'une manière bien irrégulière.

A l'examen, on constate une incision de 10 cm. environ, située sur la fesse droite, parallèlement au sillon interfessier. La région est tuméfiée en masse, mais il existe une zone rouge, douloureuse à la pression, mais non spontanément. La tuméfaction est dure, mal limitée, et occupe toute la fesse. Au voisinage de l'incision, existent trois fistules, dont l'une très voisine du sillon interfessier, paraît plus importante et comporte des bourgeons charnus autour de son orifice.

L'exploration au stylet permet de l'enfoncer profondément et d'arriver sur le coccyx, si bien que l'on pense à une ostéite coccygienne; un examen radiologique pratiqué dans cette idée demeure négatif.

A l'examen suivant, le *toucher vaginal est pratiqué, qui donne aussitôt la clé du diagnostic*: dès l'entrée, le doigt est enserré par des parois extrêmement rétrécies, de consistance cartonneuse; l'épaississement paraît très important et occupe la plus grande partie du pelvis. Toutes les parois du vagin sont atteintes. Le doigt, en se retirant, provoque un écoulement sanglant. Du côté droit, en arrière, une zone dépressible semble corres-

pondre à une ulcération de la muqueuse ou à un clapier. Pas de fétidité spéciale.

Le toucher rectal est douloureux. On perçoit la partie postérieure de la tumeur.

Le 26 janvier 1937, sous anesthésie rachidienne (scurocaïne, 6 egr.), on pratique une biopsie intéressant profondément les tuniques vaginales; la biopsie faite d'abord trop superficielle, n'avait recueilli que des tissus normaux. On prélève aussi des fragments suspects, entourant l'orifice d'une fistule fessière.

L'exploration digitale du rectum, rendue facile par la rachi, révèle la présence de la tumeur infiltrant la paroi antérieure. Le doigt perçoit aussi, en avant et sur la droite, une zone dépressible pouvant correspondre à un clapier; mais le doigt ne peut s'y engager pour l'explorer. La fosse ischio-rectale gauche est relativement souple, mais à droite, elle est totalement infiltrée par une masse ayant la même consistance que la tumeur vaginale.

On complète l'exploration par une rectoscopie, qui permet de constater, à 7 ou 8 cm. de l'anus environ, un aspect déchiqueté et bourgeonnant de la muqueuse. Il existe aussi du pus, mais on ne peut préciser d'où il vient.

Une biopsie est effectuée au niveau de la zone suspecte aux fins d'analyse. Elle donne les résultats suivants:

« Les trois fragments envoyés comportent un revêtement malpighien, et des signes histologiques manifestes d'une prolifération épithéliale, réalisant l'*épithélioma malpighien spino-cellulaire très infiltrant*, riche en globes épidermiques et doué d'une très grande activité mitotique et amitotique.

» Il est impossible de préciser le point initial de la prolifération; en effet, au niveau des trois fragments, le revêtement malpighien superficiel, paraît donner naissance à la prolifération cancéreuse. (D^r Guibert.) »

Le 1^{er} février: tentative d'exploration radiologique de la fistule après injection de lipiodol. On introduit une sonde de Nélaton de petit calibre. On s'aperçoit, en poussant l'injection, que le liquide reflue en totalité, à la fois par les autres fistules fessières et par la cavité vaginale avec laquelle l'abcès paraît communiquer largement. Cet écoulement important empêche de prendre un cliché.

Signalons, pour être complet, que le B. W. est négatif, mais que les réactions de présomption sont toutes positives (H. B., Kahn; Muller, Meinicke).

La malade est adressée à la Clinique Curie, où elle subira un traitement physiothérapique, le seul possible, sans discussion, chez elle.

Seul, le traitement par les rayons X peut être pratiqué: 3.000 R. sur la région sus-pubienne ont été bien supportés en six séances. L'irradiation de la région lombaire a du être interrompu dès après la première séance.

La malade se dispose actuellement à quitter la Clinique Curie. Elle a été revue tout récemment. Son état général a profondément décliné, l'amaigrissement s'est accru, mais il persiste une euphorie relative, car, chose curieuse, la malade *ne souffre pas*. Les pertes vaginales continuent, ainsi que le suintement des fistules. Le toucher vaginal ne permet de sentir aucune modification appréciable. Ainsi donc, la maladie suit son cours pro-

gressif, et l'évolution plutôt atypique de ce cas, paraît bien l'avoir mis au-dessus des ressources thérapeutiques.



Cette histoire clinique présente plusieurs points intéressants qui méritent d'être signalés.

Tout d'abord, des *considérations d'ordre symptomatologique*: nous remarquons que la trouvaille réalisée par le toucher vaginal, et due à l'examen systématique du bassin, n'est survenue qu'après quatre mois environ d'évolution. Effectivement, ce qui dominait le tableau, jusqu'alors, c'était l'abcès et les fistules; la malade ne signalait même pas ces pertes vaginales, et ne les avouait que si la question lui était expressément posée. L'épithélioma vaginal n'a donc été démasqué que par une de ses complications, et paraît avoir évolué un certain temps dans un silence clinique complet. Le fait mérite d'être signalé, puisque nous avons vu que tous les traités classiques reconnaissent que la phase de fistulisation, dans les organes voisins, et à plus forte raison à distance, n'apparaît que comme complication ultime, alors que le diagnostic ne fait plus de doute depuis déjà longtemps.

Il est curieux de constater aussi, correspondant avec une propagation postérieure assez étendue, l'intégrité absolue de l'appareil urinaire inférieur: aucun signe vésical, pas même de pollakiurie. Quant aux signes rectaux, ils existaient, mais peu intenses relativement à l'importance des lésions constatées au toucher et surtout à l'examen rectoscopique.

Du point de vue anatomique, la forme observée est celle qui correspond à la dernière étape évolutive, avec infiltration bloquant presque toute la moitié droite du bassin. Il était impossible d'explorer profondément la cavité pelvienne pour juger les autres propagations.

Du point de vue histologique, il s'agissait d'une forme d'épithélioma pavimenteux spino-cellulaire, dont nous avons dit la rareté relative.

Enfin, la notion d'hystérectomie ancienne permet de se poser la question de l'origine de ce cancer. Il ne s'agit certes pas d'une forme vulvo-vaginale, qui, à ce stade, se serait accompagnée déjà d'un envahissement ganglionnaire inguinal. Mais s'agit-il d'une forme liminaire, à la limite du col et du vagin, ou bien d'un épithélioma cicatriciel, dont Hartmann, Fabre et Dubois-Roquebert ont souligné l'intérêt, ou bien encore d'un cancer développé sur le col restant? L'état actuel des choses ne permet guère de se prononcer. Aussi, ne pouvons-nous que rappeler la querelle de la « totale » et de la « subtotale », sans que notre cas puisse apporter un argument quelconque en faveur de telle ou telle opinion.

Telles sont les réflexions que pouvait suggérer ce cas, qui est bien intéressant à divers points de vue. Nous n'avons pas parlé du traitement, car nous désirons l'envisager dans un chapitre particulier.

Chapitre VII

TRAITEMENT

Affection redoutable et souvent rebelle aux thérapeutiques les mieux conduites, on comprendra que le cancer du vagin ait permis les tentatives de traitement les plus variées comme les plus hardies. Nous étudierons, dans ce chapitre, les ressources modernes de l'art, la chirurgie d'abord, la physiothérapie ensuite. Puis, à la lumière des résultats obtenus, nous nous efforcerons d'établir les indications suivant les cas concrets rencontrés dans la pratique.

I. — LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Depuis l'édition parue en 1927, de leur « Traité de gynécologie », les indications données par Forgue et Massabnan ont subi de sensibles modifications : mais elles portent surtout sur le pouvoir des agents physiques, auxquels ils ne laissaient encore qu'une place fort restreinte. Ils disaient en effet : « Tout cancer du vagin qui n'a pas dépassé les limites raisonnables de l'opérabilité, doit être enlevé ». Encore que cette formule

essentiellement prudente, contienne une grande part de vérité, il nous semble que les tendances actuelles donnent légèrement la prééminence au traitement physiothérapique. Mais il s'agit évidemment de s'entendre sur ce que doivent être « les limites raisonnables de l'opérabilité », et dès lors, une grande marge est laissée aux interprétations, suivant la tendance opératoire ou physiothérapique affichée par le médecin.

Il reste que ces auteurs, dans leur remarquable ouvrage, ont fixé les points de repère principaux dans la thérapeutique chirurgicale, et ce sont leurs grandes divisions que nous adopterons.

A) *Le cancer bas situé et de la partie moyenne*

L'ablation simple de la tumeur, si elle est pédiculée, même en dépassant en apparence largement la région néoplasique, est une opération simple mais bien décevante. L'extension est toujours bien plus importante qu'on ne le juge et la récurrence *in situ* ne tarde pas à se produire. Il est logique d'abandonner cette intervention qui est insuffisante et ne donne, dans la règle, que de désastreux résultats.

Il est bon, au contraire, de faire une *opération large*, par voie basse. Pour Forgue et Massabau, l'opération de choix, pour les tumeurs siégeant sur la paroi postérieure, est la *périnéotomie transversale*, qui permet de décoller la paroi vaginale de la face antérieure du rectum, suivant la technique de Lawson-Tait, jusqu'au Douglas. L'extirpation de la tumeur ne se fait que quand cette libération est complète. Ces auteurs disent avoir employé avec succès cette méthode, après Olshau-

sen et Pozzi. Zuckerhandl avait été le premier à la proposer dès 1889.

B) *Les cancers haut situés et du cul de sac postérieur*

Leur traitement se rapproche beaucoup de celui des cancers du col : il consiste en une *colpo-hystérectomie*. Mais elle peut se faire soit par voie périnéale, soit par voie combinée abdomino-périnéale.

— *Par voie périnéale*, c'est l'opération de Schuchardt-Schauta, pratiquée par un large débridement vulvo-vaginal. Hartmann a publié, en 1909, un cas de guérison après une colpo-hystérectomie totale analogue, par incision paravaginale. Cette méthode est donc capable de donner des succès ;

— *Par voie abdomino-périnéale*, qui permet des excrèses plus larges, et donne, semble-t-il, des résultats meilleurs. Des variantes sont possibles, soit que l'on commence par le temps vaginal pour extirper ensuite tout en bloc par voie haute, après avoir fermé le vagin ; soit que l'intervention abdominale se fasse d'abord, et que tout ayant été dûment libéré et réséqué, souvent rectum compris, on extirpe la totalité par un deuxième temps vaginal. Cette dernière technique a été prônée par Bérard et Leriche, la première par P. Duval. Plusieurs auteurs ont pu rapporter des succès dus à cette façon de faire. J.-L. Faure rapportait notamment, à la Société de Chirurgie, en 1928, un très beau cas qu'il appuyait d'une présentation de pièces : amputation abdomino-périnéale, du rectum et ablation simultanée de l'utérus et de toute la paroi postérieure du vagin. La

mialade dut à cette importante mutilation, une survie appréciable.

Il apparaît donc que dans ces formes, le salut ne peut venir de la chirurgie que si l'on s'applique à réaliser de très larges exérèses, comme le dit J.-L. Faure.

III

C*) *Les cancers étendus au tissu cellulaire paravaginal*

Les interventions seront ici encore, beaucoup plus larges, visant à évacuer le bassin de toutes les infiltrations qui ont pu se propager dans le tissu cellulaire; un véritable curage sera donc de mise. Et il faudra, de plus, réaliser l'ablation des ganglions envahis, inguinaux et pelviens.

Pour réaliser au mieux ces indications, diverses techniques ont été préconisées; plusieurs ont utilisé la voie postérieure, soit parasacro-coccygienne, soit même par résection sacrée. L'importance du choc opératoire a conduit à fragmenter l'intervention et à pratiquer plusieurs temps opératoires successifs, dans le détail desquels nous n'entrerons pas. Citons comme exemple, Paunz, qui fit sept temps opératoires, pour obtenir un succès. Philippowicz aussi utilisa avec bonheur la voie abdomino-sacrée. Et plus récemment, en 1931, Pall, devant les succès inconstants du traitement par les agents physiques, prône le retour aux méthodes chirurgicales larges, même en présence de propagations assez avancées. Il a employé la méthode de Frigyesi, en plusieurs temps, et elle lui a donné quatre bons résultats, dont un après trois ans, et le plus récent datant de six mois.

Il est sûr que le pronostic si sombre du cancer vaginal autorise les tentatives les plus périlleuses, puisqu'on joue le tout pour le tout. Mais, sommes-nous bien sûrs, qu'alors, nous restons dans les « limites raisonnables » fixées par le Professeur Forgue. Dans ce cas, ne vaudrait-il pas mieux faire confiance à la physiothérapie? Nous allons donc essayer de voir quelles ressources elle peut nous fournir.

II. — LE TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE

Le traitement physiothérapique a, lui aussi, et davantage encore, au cours de ces dernières années, fait l'objet de publications nombreuses. Parmi elles, citons, tout particulièrement, l'intéressant travail de Held, paru en décembre 1935, et dans lequel nous avons trouvé les plus précieuses indications. Il rapporte les statistiques de la Clinique Gynécologique de l'Université de Genève, et penche bien plus volontiers pour le traitement par les agents physiques que pour les moyens chirurgicaux.

Parmi ces agents, deux sont à étudier: le radium et les rayons X.

A) *La Curiethérapie* 113

Presque tous les gynécologues appliquent le radium en plusieurs séances (deux à six), de courte durée, séparées par des intervalles de deux à trois semaines. Les doses en sont extrêmement variables suivant les auteurs; la plus fréquemment employée est aux environs de 4.000-4.500 mgh. Par aiguillage, les doses sont plus faibles. Les doses faibles sont généralement appliquées en une seule séance.

Pour Hield, il faut s'efforcer de réaliser tout le traitement en un maximum de quatre semaines. Quant aux filtres, ils doivent être assez efficaces pour éliminer les rayons caustiques.

L'application intra-utérine est utile, si elle est possible, comme l'a montré Heymann. Les carrefours lymphatiques de la base des paramètres bénéficient d'une meilleure irradiation, sans danger supplémentaire pour la vessie et le rectum.

L'aiguillage n'a été employé qu'à titre exceptionnel. Il semble être utile, pour compléter certaines applications, en faisant subir plus particulièrement l'influence active à telle ou telle zone de la tumeur. Buben le recommande tout au plus pour les tumeurs qui ne menacent ni la vessie, ni le rectum. Enfin, on peut aussi pratiquer de la télécuriethérapie au moyen de moulages garnis de substance radifère.

B) *Les rayons X*

Les rayons X peuvent être employés soit seuls, soit en association avec la curiethérapie.

Utilisés seuls, ils ne l'ont été que rarement par les auteurs dans les formes jugées curables; dans ces cas, on leur a préféré, à notre connaissance, presque toujours, soit le traitement chirurgical, s'il était possible, soit l'application de radium par l'un des divers procédés que nous venons d'énumérer. Par contre, ils constituent une précieuse ressource, quand, comme dans le cas que nous rapportons, la curiethérapie est elle-même impossible ou

impuissante, à cause de la propagation des lésions. Ainsi utilisés, ils ne constitueront donc qu'un moyen palliatif.

La radiothérapie, associée à la curiethérapie est, au contraire, fréquemment utilisée par les auteurs. Le plus souvent, elle sert à compléter et à renforcer l'action de la curiethérapie. Mais, dans certaines circonstances, il peut être indiqué d'en faire des séances préparatoires, et Held dit en avoir obtenu de bons résultats: « A maintes reprises, écrit-il, nous avons pu constater l'effet de cette roentgenthérapie sur les cancers du col; pour le cancer du vagin, nous avons fait la même constatation, dans deux de nos derniers cas où le vagin était plein de masses bourgeonnantes et sphacélées et où il eut été impossible de placer d'emblée du radium dans le corps utérin; au bout de quatre semaines de rayons X, le néoplasme avait disparu complètement et on aurait pu se demander si l'application de radium était encore nécessaire ». Et il possède deux guérisons primaires ainsi obtenues.

En temps ordinaire, cependant, on irradie les malades après traitement au radium, pour en consolider les effets. On procède, en général, par des champs abdomino-inguinaux et des champs lombo-sacrés. Notre malade a reçu des irradiations antérieures; les postérieures ont du être interrompues dès la première séance, l'état général ne pouvant les supporter.

III. — LES RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

Nous serons malheureusement très brefs sur ce chapitre: chaque méthode possède, à son actif, des succès incontestables, chacune aussi accuse des échecs.

Les résultats opératoires sont quelquefois favorables dans les cas où l'infiltration du tissu cellulaire et l'envahissement lymphatique sont relativement limités. Mais ils ne sont favorables que si les interventions sont délibérément faites très larges, dépassant de très loin les limites apparentes du mal. Et dès lors, ces interventions choquantes, mutilantes, entreprises chez des femmes débilitées en plus ou moins grande partie par le cancer, sont grévées d'une mortalité importante. Malgré cela, les récides sont terriblement fréquentes : 100 pour 400, au dire de Martin, 90 % pour Olshausen, dont Forgue rapporte les opinions. Mais il existe des succès certains, comme ceux de Legueu, de J.-L. Faure, de Pall, entre autres. Ce dernier auteur possède une statistique particulièrement flatteuse, que nous avons signalée plus haut ; elle ne nous paraît pas cependant en conformité avec la généralité des cas.

Peut-être relèverait-on plus de succès à l'actif des agents physiques. En parcourant les statistiques, on note des guérisons « non pas rarissimes, mais clairsemées », comme le dit Held. Nous ne mentionnerons que les guérisons de plus de cinq ans, véritablement intéressantes. Buben, de Budapest, en rapporte deux ; Cal, en 1920, publie deux cas de guérison remontant à six ans ; Heymann possède un cas guéri, avec décès de la malade après onze ans, par occlusion, sans néoplasme. Philipp a guéri quatre cas inopérables, six opérables et deux limite ; Simon et Weibel rapportent aussi deux guérisons de plus de cinq ans. Citons enfin le cas de Garipuy : grossesse de cinq mois, cancer du vagin du volume d'une grosse noix ; la curiethérapie permet l'accouchement à terme d'un bel enfant et une guérison parfaite, dix mois après le traitement.

Somme toute, il faudrait donc, à l'heure actuelle, si l'on en juge par les statistiques publiées, accorder plus de confiance aux agents physiques qu'aux moyens chirurgicaux. Mais il est difficile d'être bien formel, et dans chaque cas, le chirurgien devra, avant de décider, peser minutieusement toutes les raisons qui le feront pencher d'un côté ou de l'autre. Moyennant cela, il pourra espérer, à la condition que la maladie soit prise à temps, retarder l'évolution et même guérir une maladie d'un pronostic extrêmement sombre dans l'immense majorité des cas.

CONCLUSION

I. — D'un pronostic toujours très sombre, le cancer du vagin est une éventualité rare dans la pratique gynécologique. Il ne peut conserver des chances de guérison que si son diagnostic est porté à un stade de début.

II. — Le toucher vaginal constitue la base la plus solide de ce diagnostic; les signes fonctionnels peuvent rester longtemps très discrets. La règle de conduite qui s'impose donc d'une façon impérieuse, c'est *la pratique systématique du toucher vaginal*, chez toute femme que l'on est appelé à examiner. Elle épargnera une bien désagréable surprise au médecin, mais surtout donnera à la malade des chances de guérison, qui seraient, sans elle, irrémédiablement compromises.

III. — Le traitement du cancer du vagin pourra être chirurgical ou physiothérapique. Les statistiques modernes tendent à faire préférer ce dernier, dont les risques immédiats sont infiniment moins graves, et qui compte à son actif des guérisons certaines et suffisamment prolongées.

Néanmoins, dans quelques cas pris au début, le traitement chirurgical conserve ses droits, à la condition d'être fait très large, dépassant de loin la propagation apparente des lésions.

Bibliographie

- ARGAUD et PIOLLET. — Sur une forme particulière d'épithélioma primitif du vagin (épithélioma glandulaire primitif). *Revue de Chir.*, t. XLIV, n° 8, 10 août 1911, p. 269.
- BAILLY et BAGG. — Le traitement du cancer vulvaire et vaginal par l'émanation de radium filtré et non filtré. *Journal de Chir.*, t. xx, p. 229.
- BERNARD. — *Thèse de Paris*, 1895.
- BEULE (DE). — Considérations au sujet du cancer primitif du vagin et de son traitement opératoire. *Bull. de l'Académie Royale de Belgique*, t. xxiv, n° 8, sept. 1910, p. 650.
- BONNAFOUS. — *Thèse de Paris*, 1902-1903.
- BOURGEOT. — *Thèse de Lyon*, 1907. Du traitement du cancer primitif du vagin.
- BUBEN (Von). — Traitement par le radium du cancer du vagin. *Monatssch. Ungarischer Med.*, p. 111, an. IV no. 3-5.

CHAUDESAIGUES. — Epithéliomas bas situés du vagin.
Thèse Montpellier, 1920, 176.

CHÉRON et RUBENS-DUVAL. — Résultats de la radium-
thérapie des cancers de l'utérus et du vagin.
Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris, 19 mai 1913, et
*Archives d'Electricité médicales, expérimenta-
les et cliniques*, t. XXXII, n° 374, 25 janv. 1914,
page 64.

CHEVEREAU. — Epithélioma primitif du vagin. *Encyclo-
pédie Méd. Chir. T. Gynécologie*, VI, 536.

GARBIEM (A.). — Carcinome primitif du vagin. *Gyn. et
Obst.*, 1928, n° 2, p. 84.

FAURE (J.-L.). — Cancer de la paroi postérieure du
vagin. Présentation de pièce. *Gyn. et Obst.*,
1929, t. XIX, p. 71.

FORGUE et MASSABUAU. — *Traité de Gynécologie*, 1 vol.,
chez Baillière, 1927.

HARTMANN. — Cancer du vagin; colpo-hystérectomie
totale par incision paravaginale. Guérison.
Bull. de la Soc. de Chir., 1909.

HARTMANN, FABRE et DUBOIS-ROQUEBERT. — Traitement
des cancers développés sur des cicatrices vagi-
nales après hystérectomie totale. *Gyn. et Obst.*,
t. XX, 1^{er} juillet 1929.

HELD. — Le traitement radiologique du cancer primitif
du vagin. *Gyn. et Obst.*, t. XXII, déc. 1935, p. 491.

JAWWORSKY. — Cancer primitif du vagin. *Gaz. Lekarska*, t. XXIX, n° 29, 1909, p. 660.

KUSTNER. — *Archiv. f. Gynak.*, 1876, Bd IX, p. 270.

OLSHAUSEN. — Ueber extirpation der vagina. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1895, p. 1.

PALL. — Opération radicale par voie vaginale du cancer du vagin avec résection de la partie voisine du rectum. *Zent. f. Chir.*, t. LVIII, n° 28, 11 juillet 1931, p. 1781.

PAUNZ. — Cancer du vagin extirpé par voie périnéale, avec l'appareil génital et le vagin. *Zent. f. Gyn.*, t. XXXVI, n° 16, 20 avril 1912, p. 508.

PHILIPP et GORMICK. — Traitement du cancer de l'utérus et du vagin à la Clinique Gynécologique de l'Université de Berlin. *Munchener Med. Woch.*, t. LXXIII, 12 février 1926, p. 272.

PHILIPPOWICZ. — Opération combinée abdomino-sacrée dans le traitement du cancer du vagin. *Zentralblatt f. Chir.*, t. L, n° 20, 19 mai 1923, p. 793.

PICHEVIN. — De la dégénérescence épithéliomateuse de la leucoplasie vaginale. *Semaine Gynécol.*, 1904.

PINNA PINTOR. — *Giornale della Reg. Acad. di Med. di Torino*, 1900, n° 5.

POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1 vol, chez Masson, 1892.

RÔUVIÈRE. — Anatomie des lymphatiques de l'homme,
p. 411.

TOURNEUX. — L'épithélioma primitif du vagin. *Concours
médical*, 5 septembre 1920, p. 2181.

TRAPENARD. — *Thèse Paris*, 1907.

VIRENQUE. — Les tumeurs malignes primitives du vagin.
Archives mensuelles d'Obst. et Gyn., 1913.

WEST. — Leçons sur les maladies des femmes, 1870.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la thèse ayant pour titre :

**Contribution à l'Etude
de l'Epithélioma primitif du Vagin
A propos d'une observation**

par M. BOUSQUET Elisée

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression

Montpellier, le 8 Juillet 1937

Le Professeur, RICHE

Vu :

Montpellier, le 10 Juillet 1937.

le Doyen,
EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer ;
Montpellier, le 12 Juillet 1937

Le Recteur.
TAILLARD

